Archiv

Teufel und Beelzebub / Die Krise der Psychopharmaka

Statt Psychotiker oder schwer Depressive hinter Klinikmauern zu sperren, konnten Ärzte sie seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts mit Medikamenten behandeln. Raus aus der Isolation, zurück ins Leben – die starken Nebenwirkungen schienen dafür als Preis nicht zu hoch. Doch dieser Konsens bröckelt, seit immer mehr Kritiker behaupten, die Substanzen würden nicht wirken.

Von Martin Hubert | 02.04.2017



Sind Psychopharmaka schlimmer als die Krankheit selbst? (imago)

Ein Saal im Berliner Kongresszentrum. Es tagt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die älteste und größte Fachgesellschaft der Branche. Immer wieder flackerte die Debatte auf, wie mit

Medikamenten umzugehen sei. Aber der Titel dieser Veranstaltung ist eine Provokation: „Ist die Behandlung schlimmer als die Krankheit?"

„Es ist so, dass das Radio mit mir gesprochen hat, dass ich einfach Dinge nicht mehr an dem Platz gefunden habe, wo sie standen." Rene Behrmann ist Psychosepatient. Ihm sollen die Psychopharmaka eigentlich helfen. „Währenddessen habe ich auch viel erlebt, zum Beispiel dass ich mich wie ein Geist fühlte, ich habe das Gefühl gehabt, ich springe von einem Turm ins Grab rein oder solche wirren Storys, und dann, wenn ich dann rein gesprungen bin, wurde ich herausgezogen von einer Schlange und wurde ausgezeichnet mit einem Streifen." Noch schlimmer als diese Erkrankung sollen die Medikamente sein?

Jeder Vierte ist psychisch krank

„Danke für die Einleitung und dass Sie gekommen sind. Ich möchte nun über Langzeit-Behandlungen und ihre Risiken sprechen." Es spricht Joanna Moncrieff aus England, die seit Jahren den Umgang mit Medikamenten vehement kritisiert. Eingeladen hat sie der Aachener Psychiatrieprofessor Gerhard Gründer, der Leiter des Referats für Psychopharmakologie der DGGPN. Gründer ist Mitglied mehrerer internationaler Fachgesellschaften, hat einige Pharmaunternehmen beraten und selbst zwei kleinere Firmen mitgegründet. Ein führender Vertreter der etablierten Psychiatrie lädt radikale Psychiatriekritiker ein!
„Alle Welt spricht von der Krise der Psychopharmakologie. Und da habe ich mir gedacht, laden wir die Kritiker, die vielleicht auch überzogenen Kritiker, zur Diskussion ein und versuchen sozusagen im sokratischen Dialog mit den sehr prominenten Kritikern vielleicht das Fach weiterzuentwickeln." Nicht bei allen Kollegen kam das gut an. „Ich habe auch dafür richtig Prügel bekommen, dass ich die Leute eingeladen habe: „Wie kann man denn diesen Pauschalkritikern noch ein Forum geben und dann so ein großes!"
Doch jetzt ist der Saal voll. „Ein Film lief, für mich war es ein Signal: Gefahr! Die Welt bleibt stehen oder geht unter! Das war mein Gefühl", berichtet Behrmann. „Meine Uhr blieb dabei stehen, also sie ist ausgefallen, keine Batterie gehabt, meine Gedanken: Ich bin tot, meine Zeit ist abgelaufen hier auf Erden." Bundesweit leidet nach einer Studie der Robert-Koch-Stiftung jeder vierte Mann und jede dritte Frau an einer psychischen Erkrankung. Die Pharmaindustrie kann ihnen seit Jahren nichts Neues bieten. Ein deprimierender Zustand.

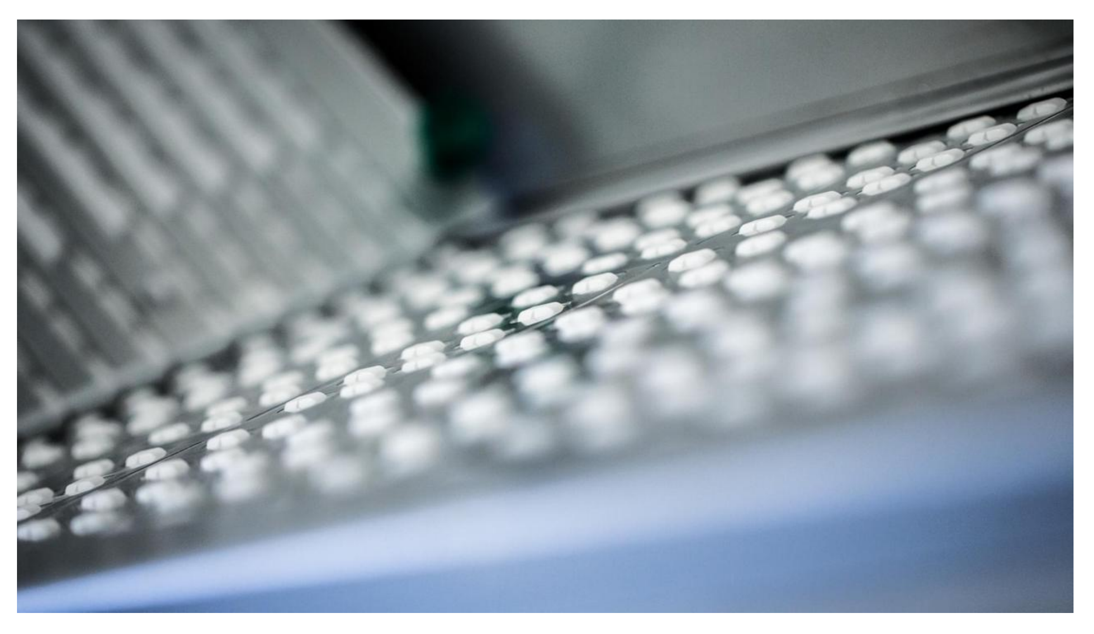
Pharmaindustrie bietet seit Jahren nichts Neues

„Große Unternehmer haben sich komplett aus dem Bereich zurückgezogen, haben ihre Forschung eingestellt, weil es nicht mehr lukrativ ist", erklärt Gründer. „Die Pharmaindustrie ist an Gewinn interessiert, ist ihren Aktionären verpflichtet, und wenn daraus, aus der Forschung nichts rauskommt, dann stellt man das ein. Und das ist in den letzten zehn Jahren geschehen. Es gibt noch eine umfangreichere Forschung bei den neurogenerativen Erkrankungen, Stichwort Alzheimerdemenz, aber wenn es so um die großen klassischen Krankheiten geht wie Schizophrenie oder Depression, da findet nur noch sehr wenig statt und da muss man ganz klar von einer Krise der Psychopharmakologie sprechen."
Circa eine Milliarde Euro sind nötig, um ein psychiatrisches Medikament gegen Psychosen oder Depression zu entwickeln. Wenn der Patentschutz dann abgelaufen ist, bekommen die Unternehmen billige Konkurrenz. Sie sind also darauf angewiesen, immer wieder neue, verbesserte Produkte auf den Markt zu bringen. Das letzte große Versprechen dieser Art hieß „atypische Antipsychotika" und stammt aus den 1990er Jahren. „Atypisch", weil sie bessere Wirkungen und weniger Nebenwirkungen haben sollten als die so genannten „typischen Antipsychotika", die seit den 1950er Jahren verschrieben wurden. Vor allem sollten sie motorische Nebenwirkungen verringern, also Verkrampfungen und Zuckungen.

„Ich war sediert, habe drei Wochen lang nur geschlafen“

„Ich kam rein in einen verwirrten, aufgelösten Zustand, der mir teilweise gefiel und teilweise auch nicht gefiel“, berichtet Behrmann. „Wir haben zuerst bei unserem Hausarzt sozusagen die Hilfe angefangen zu suchen, es ging dann relativ schnell, dass ich dann ins Krankenhaus kam und eine Behandlung mir zuteil wurde.“

Damals, 1999, war Rene Behrmann gerade 18. „Ich habe dann daraufhin atypische und typische Medikamente bekommen, das war einmal Haldol und einmal Leponex und die waren auch sehr hoch dosiert, also sehr kräftig, auch sehr stark, als ich ankam. Ich habe eigentlich drei Wochen lang oder vier Wochen lang nur geschlafen, ich bin aufgestanden zum Frühstück, zum Mittag und Abendbrot, ich war sediert, ich hatte auch das Gefühl, ich müsste meine ganze Kraft aufwenden, mich zu sammeln.



Helfen Medikamente langfristig bei psychischen Erkrankungen? (dpa / picture alliance / Frank Rumpenhorst)

Es folgten mehrere Klinikaufenthalte und Psychotherapien, er hat viele Tabletten geschluckt, an deren Namen und Dosis er sich manchmal gar nicht mehr richtig erinnert. „Obwohl ich ein athletischer, trainierter Mensch bin, bin ich dann in dem Moment ein Klumpensack auf Beinen.“

Behrmann erhielt die Diagnose „paranoide Schizophrenie“. Wie viele andere Patienten machte er die Erfahrung, dass die atypischen Medikamente nicht unbedingt hielten, was sie versprachen. Auch Gerhard Gründers Bilanz zu den atypischen Antipsychotika fällt nach 20 Jahren Erfahrung durchwachsen aus: „Die machen sicherlich weniger motorische Nebenwirkungen, die sind in gewisser Hinsicht besser verträglich, haben andere Nebenwirkungen, machen mehr metabolische Nebenwirkungen, machen mehr Gewichtszunahme, das ist unbestritten, aber da hat es glaube ich schon einen gewissen Fortschritt gegeben. Aber dass man sagen könnte, damit ist jeder Patient definitiv besser behandelt als mit den älteren Substanzen, soweit kann man wohl nicht gehen.“

„Ich hatte keinen Spaß mehr“

Die Psychiater verschreiben daher auch weiterhin die alten Antipsychotika und neue Medikamente sind nicht in Sicht. In Deutschland wird seit 2011 verlangt, dass ein neues Medikament wirklich einen besseren Nutzen als die alten hat. Seitdem sind für die Psychiatrie nur vier Anträge eingegangen, aber keinem der Präparate wurde ein Zusatznutzen bescheinigt.

„Es war schon sehr bedrückend, weil ich nicht verstanden habe warum ich mich auf einmal so erschlagen fühlte", erzählt Behrmann. „Also ich hatte keinen Spaß mehr an Arbeit, ich hatte keinen Spaß mehr ganz simpel an Videospielen, oder ich hatte keinen Spaß an Fernsehgucken, ich hatte keinen Spaß an Diskotheken, ich hatte keinen Spaß-nee! Ich konnte einfach nicht mehr, also die Couch, da drauf zu liegen, noch nicht mal das hat Spaß gemacht, aber es war notwendig."

Rene Behrmann erhielt schließlich noch die Diagnose „Depression" – und Antidepressiva. Als er davon hörte, dass diese bei jungen Patienten das Suizidrisiko erhöhen können, wurde er zunehmend unruhig. „Bei bestimmten Dosierungen hat das schon angefangen, dass ich dann auch Konzentrations- und Denkstörungen habe und auch den Satzbau anders angereiht habe, so dass man dann vielleicht auch erst einmal das nicht sofort nachvollziehen konnte."

Er erfuhr auch von Studien, die nahelegten, dass Antipsychotika das Hirnvolumen vermindern und das Lebensalter verkürzen. Oder dass sie die Rezeptoren, die Empfangsstrukturen im Gehirn verändern, an denen die Medikamente andocken. Die Rezeptoren passen sich an die chemischen Substanzen an, sodass die Ärzte die Medikamentendosis erhöhen müssen, um auf Dauer einen Effekt zu erzielen. „Ich verkrampfte mich immer wieder, weil ich natürlich auch dagegen ansteuerte mit meinem ganzen inneren Wesen gegen das Gefühl dieser Ohnmacht."

Wirksamkeit von Psychopharmaka umstritten

Zunächst waren es die starken Nebenwirkungen, die die Psychopharmaka ins Gerede brachten. Doch jetzt wird zunehmend auch die Wirksamkeit hinterfragt. „Ich bin eigentlich wie viele andere davon ausgegangen, dass Antidepressiva wirksam sind. Aber mich interessierte immer schon der Placeboeffekt. Und ich dachte, es müsste bei der Behandlung der Depression auch einen gut beobachtbaren Placeboeffekt geben und begann ihn zu studieren. Und dann war ich völlig überrascht, wie gering der Unterschied tatsächlich war, zwischen der Scheinwirkung und der Medikamentenwirkung."

Zunächst war es nur unbefangene Neugier, die Irving Kirsch vor über 10 Jahren mit den Antidepressiva in Berührung brachte. Dann aber wurde der heute an der Harvard Medical School arbeitende Medizinpsychologe zu einem der heftigsten Kritiker von Psychopharmaka. Kirsch verglich, wie gut sich Patienten entwickelten, wenn sie ein Antidepressivum oder ein Scheinpräparat erhielten. Zur Auswertung nutzte er die so genannte Hamiltonskala für Verhaltensänderungen.

„Wir konnten sowohl publizierte also auch nicht veröffentlichte Daten auswerten, die Pharmaunternehmen an die amerikanische Behörde für Lebens-und Arzneimittel, die FDA schicken müssen. Und der Unterschied zwischen der Placebo- und der Antidepressivumwirkung betrug im Durchschnitt gerade mal zwei Punkte auf der Hamiltonskala, die insgesamt 53 Punkte umfasst. Dieser Unterschied ist für mich klinisch bedeutungslos. Das macht keinen wirklichen Unterschied für einen Patienten."

Sechs Prozent aller Erwerbstätigen schluckten die Medikamente zuletzt, die Tagesdosen haben sich in 13 Jahren verdreifacht. Und das sollte alles umsonst gewesen sein? Völlig sinnlos? Irving Kirsch hat seine Studien mehrfach erneuert und die Ergebnisse bestätigt, dennoch teilen nicht alle sein vernichtendes Urteil.

„Wenn man es so betrachtet, hat Herr Kirsch natürlich Recht", räumt Gründer ein. „Der Unterschied – zwei Punkte – der ist, wenn man ein großes Patientenkollektiv betrachtet, gering. Man kann aber auch das Ansprechen auf ein Antidepressivum nicht dimensional

betrachten – also auf einer Skala zwei Punkte – sondern man kann auch sagen, wir gucken uns die Anzahl der Responder, der Therapieansprecher, die gucken wir uns an. Und wenn Sie dann einen Unterschied finden von 10 Prozent, dann ist das natürlich ein ganz anderes Bild als wenn sie zwei Punkte auf einer Hamiltonskala angucken. „Response" ist definiert als 50-prozentige Abnahme des Scores und da gucken Sie wirklich die an, die mehr als 50 Prozent gefallen sind."

Widersprüche in wissenschaftlicher Literatur

Im Durchschnitt beträgt der Unterschied zwischen Antidepressiva und Placebo nur zwei Punkte. Aber mit Medikament erreichen 10 Prozent mehr Patienten eine Verbesserung von mindestens 50 Prozent. Der Streit spitzt sich inzwischen auf eine neue Frage zu: Wann helfen die Medikamente wem?

„Als junger Ärztin wurde mir in den traditionellen Kliniken gesagt, dass wir den Psychotikern Medikamente verabreichen sollten und dass ihnen das helfen würde. Aber ich hatte zunehmend das Gefühl, dass wir sie zwar veränderten, ihnen das aber nicht unbedingt half." Zuerst waren es ihre Erfahrungen in der Praxis, die die englische Psychiaterin Joanna Moncrieff irritierten. Dann fand sie Widersprüche in der wissenschaftlichen Literatur:

„Als die Wissenschaftler entdeckt hatten, dass bestimmte antipsychotische Substanzen den Botenstoff Dopamin blockierten, sagten sie: ‚Ah, jetzt wissen wir, worin die Krankheit besteht. Psychosen beruhen auf einem Überschuss an Dopamin.' Doch wenn wir die Dopaminrezeptoren blockieren, verlangsamen wir zwar den geistigen und körperlichen Zustand der hocherregten Psychotiker in positiver Weise. Aber es gibt einen anderen sehr relevanten Punkt: Antipsychotika setzen an allen möglichen Rezeptoren an. Verschiedene Antipsychotika erzielen ihre beruhigende Wirkung also auf höchst verschiedene Weise."



Widersprüche in der Literatur: Greifen Antipsychotika überhaupt die Ursache der Krankheit an? (dpa / picture alliance / Julian Stratenschulte)

Joanna Moncrieffs Verdacht: Wenn Antipsychotika so unterschiedlich und unspezifisch wirken, greifen sie wahrscheinlich gar nicht die Ursache der Krankheit an. Moncrieff wurde eine der vehementesten Kritikerinnen der medikamentösen Therapie und gründete mit anderen ein kritisches Psychiatrienetzwerk in Großbritannien. Gerhard Gründer, der etablierte Psychopharmakologe, kann ihre Zweifel nachvollziehen.

„Was wir im Moment machen, ist in weiten Teilen Symptomsuppression. Wir wissen tatsächlich letztendlich sehr wenig über die Neurobiologie dieser Erkrankungen, das ist wiederum auch ein Grund, warum sich die Industrie zurückzieht. Die Industrie möchte kausal therapieren und die sagt, wir wissen so wenig über die Neurobiologie, da wissen wir gar nicht, wo wir ansetzen sollen. Und viele vermeintlich kausale Therapieansätze zum Beispiel was Glutamat angeht im Hirn, sind ja in den letzten Jahren leider gescheitert."

Absetzrate bei Antipsychotika ist hoch

Lange Zeit nahm Rene Behrmann seine Medikamente wie vorgeschrieben. Doch dann veränderte sich sein Blutbild, im Schlaf setzte sein Atem aus. „Als ich dann meinen Psychiater darauf hingewiesen hatte, hatte er eigentlich nur gesagt, wir erhöhen die Dosis. Dann wurde aber das schlimmer! Die Atemaussetzer wurden schlimmer, ich hatte über Nacht mehrere Aussetzer, bin aufgewacht davon jedes Mal, es war dann schon mit Angst behaftet und … als ich dann aber zu meiner Freundin gesagt habe, so, jetzt mach ich mal gegen meinen Arzt, ich reduziere erst mal und schau mal was passiert, hab ich dann einfach meine Medikamente reduziert und siehe da: es wurde besser!"
Die Absetzrate bei Antipsychotika ist hoch. Eine finnische Studie stellte kürzlich bei 2500 Ersterkrankten fest, dass die Hälfte von ihnen die Medikamente schon innerhalb des ersten Monats nicht mehr einnahm. Nach psychiatrischer Standardauffassung müssen sie Ersterkrankten in Deutschland aber mindestens ein Jahr lang verabreicht werden, weil mehrere Untersuchungen gezeigt haben, dass sich Rückfälle innerhalb von zwei Jahren häufen, wenn man anders handelt. Eine neuere Studie des klinischen Psychologen Lex Wunderink von der Universität Groningen spricht jedoch eine andere Sprache.

„Wir haben 103 Patienten nach ihrer ersten psychotischen Episode untersucht, die Medikamente einnahmen, weil das zunächst gut für sie war. Aber nicht alle erhielten die Antipsychotika länger als sechs Monate. Wir wählten zufällig eine Hälfte der Patienten aus und setzten bei ihnen die Medikamente völlig ab, wenn es ging. War das nicht möglich, gaben wir ihnen zumindest die niedrigstmögliche Dosis."

Als Wunderink die Patienten nach eineinhalb Jahren erneut untersuchte, bestätigten sich zunächst die bisherigen Ergebnisse. Doch Wunderinks Team untersuchte die Patienten anders als in früheren Studien nach sieben Jahren noch einmal. „Da stellten wir zu unserer Überraschung fest, dass die Patienten, die die Medikamente abgesetzt hatten oder eine reduzierte Dosis bekamen, im sozialen Leben viel besser zurechtkamen. 40 Prozent von ihnen führten eine normale soziale Existenz, sie lebten in einer Beziehung, arbeiteten und führten einen Haushalt. Die Patienten jedoch, die die standardmäßige Langzeitdosis erhielten, schafften das nur zu 17,5 Prozent."

Je weniger und flexibler, desto besser

Und das war nicht alles: Als Kriterium für einen „Rückfall" gilt die Symptomrate, und die hatte sich in beiden Gruppen nach sieben Jahren angeglichen. Unabhängig davon, ob jemand die Medikamente früher oder später abgesetzt hatte, litten Patienten nach sieben Jahren ungefähr gleich häufig an Halluzinationen, Sprach-oder Denkstörungen. Lex Wunderink kann daraus nur einen Schluss ziehen: Medikamente früh absetzen oder niedrig dosieren. Bei Bedarf könne man durchaus die Dosis erhöhen. Aber im Prinzip gelte: Je weniger und flexibler, desto besser. Eine fixe und langfristige Standardtherapie sei kontraproduktiv.

„Das ist auch deshalb sehr wichtig, weil in der Psychiatrie bisher fast ausschließlich die Symptome beachtet wurden. Die Lebensqualität des Patienten war ein untergeordnetes Kriterium. Inzwischen müsste aber auch für Psychiater klar sein, dass die Lebensqualität

viel wichtiger ist als die reine Symptomatik. Gerade für die Patienten selbst ist sie entscheidend. Wenn sie ihr Leben bewältigen können, machen ihnen Symptome wie Halluzinationen manchmal gar nicht mehr so viel aus."

„Ich will ja auch verstehen, was da auf mich zukommt als Halluzination, als Problem, als Konflikt, als Barriere, als incompliant, also alles das, diese ganzen Pakete, die will ich auch verstehen können. Und das kann ich ja nur, wenn ich mich an den Rand begebe", sagt Behrmann.

Betroffene sollen sich mit Krankheit auseinandersetzen

Es war ein langer Kampf, aber dann begann Rene Behrmann, eigene Wege zu gehen. Er fand Psychiater und Psychologen, die ihn dabei unterstützten, sich mit seinem Wahn auseinanderzusetzen. Eine in Hamburg-Eppendorf durchgeführte Studie hatte festgestellt, dass Betroffene umso besser in die Zukunft blicken konnten, je intensiver sie sich mit ihrer Krankheit beschäftigt hatten. Rene Behrmann versuchte daher, sich zu erinnern, seine Erlebnisse aufzuschreiben.

„Und wenn ich mich da hinbegebe und ich verstehe das und ich das dann ausloten kann und zu meiner Mitte finden kann mit einem solchen Paket, dann glaube ich, kann ich Lebensqualität dazu gewinnen. Und diese Lebensqualität kann mir dann auch keiner mehr nehmen!" Ein Paradigmenwechsel bahnt sich an in der Psychiatrie: Weg von der reinen Symptombehandlung – aber wohin?

„Es ist wirklich eher so ein Zufall: Ich wollte einen Buchartikel überarbeiten, hätte ich das nicht gewollt, hätte ich das vielleicht nie in Gang gesetzt." Volkmar Aderholt war jahrelang Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. Im Jahr 2005 stieß er jedoch ähnlich wie Joanna Moncrieff auf Widersprüche in der psychiatrischen Literatur. Er gab seine Klinikkarriere auf und bildet heute Psychiater in alternativen Methoden aus. Daneben arbeitet er am sozialpsychiatrischen Institut der Universität Greifswald. Aderholt geht noch einen Schritt weiter als Lex Wunderink mit seinem medikamentösen Kurzzeit-Ansatz. Er will Betroffenen zunächst einmal die Möglichkeit geben, die eigene Psychose ohne Medikamente wahrzunehmen.

Erst vier Wochen warten, dann behandeln

„Ich würde vor einen Behandlungsversuch bei Ersterkrankten eine vierwöchige begleitete Phase setzen, ob die gemeinsam mit den Profis diese Phase durchstehen können. Dass man Menschen die Chance gibt, dass sie erleben können, dass sie selber wieder rauskommen oder eben nicht wieder rauskommen und diese vier Wochen schaden nicht, soweit wir das aus Forschungen wissen und deswegen plädiere ich sehr für diese Kontexte. Wenn das gut geht, soweit wir Zahlen dazu haben, müssten es fast 40 Prozent dieser Ersterkrankten aus dem Schizophreniespektrum auch auf Dauer ohne hinkriegen, also auch eine zweite Episode ist zum Beispiel durchzustehen oder mit Diazepam behandelbar."

Begleiter vermitteln den Betroffenen Sicherheit, emotionale und soziale Nähe. Das ist die Idee des so genannten Soteriakonzepts. Kann es tatsächlich Medikamente ersetzen? Noch vor kurzem hätte Gerhard Gründer gesagt: unrealistisch.

„Da bin ich auch von meiner Haltung abgerückt. Viele Psychiater werden ja so sozialisiert in allen Industrieländern glaube ich, gerade in der akademischen Psychiatrie, dass ein Patient mit einer Psychose, der sollte unbedingt mediziert werden. Ich bin da ein bisschen gelassener inzwischen. Prinzipiell, der Soteriagedanke ist nicht schlecht:

Reizabschirmung, ruhiges Klima, das hat natürlich seine Wirkung, ja, wir machen letzten Endes das durch die Umgebungsfaktoren, was auch das Medikament macht. Das Medikament schirmt gegen Außenreize ab, sehr potent. Wenn Sie das durch eine reizarme Umgebung machen können, durch eine fixe Bezugsperson, mit der Sie zu tun haben im Soteria-Konzept, dann ist das absolut legitim. Warum nicht?"

Braucht die Psychiatrie noch Psychopharmaka?

Doch wenn ein solcher Umgang mit Patienten ohne Nebenwirkungen ähnliche Ergebnisse liefert wie Psychopharmaka – braucht die Psychiatrie sie dann überhaupt noch? „Ich behaupte, dass wir Psychopharmaka völlig anders als bisher verstehen können. Die Idee ist, dass es einfach chemische Substanzen sind, die den normalen Zustand des Gehirns und des Körpers verändern. Sie verändern so unter bestimmten Bedingungen das Denken, das Fühlen und das Verhalten der Menschen." Moncrieff arbeitet heute am University College London. Psychopharmaka, sagt sie, wirken nicht gegen Psychosen oder Depressionen. Dieses Denken müsse die Psychiatrie endlich überwinden.

„Die Veränderungen, die die chemischen Substanzen verursachen, können manchmal mit psychischen Problemen und Symptomen wechselwirken. Das kann weitere Veränderungen bewirken, sodass es so scheint, als ob die Symptome zurückgingen. Bestimmte Antidepressiva zum Beispiel betäuben die Menschen, sie blockieren ihr Gefühlsleben. Das heißt nicht notwendigerweise, dass das langfristig hilft und ihre psychotische Episode überwindet. Aber die Betroffenen nehmen das erst einmal so wahr, sodass sie sich weniger depressiv fühlen."



Moncrieff: „Chemische Substanzen verändern das Verhalten, Denken, Fühlen der Menschen" (imago/STPP)

Antidepressiva und Antipsychotika dämpfen unerträgliche Gefühle. Andere Medikamente stimulieren Patienten bei Apathie. Das ist keine wirkliche Therapie, kann aber die Voraussetzung schaffen für eine Psychotherapie. So müsse das ein Psychiater seinen Patienten sagen, wirbt Joanna Moncrieff. Gleichzeitig müsse er auf die Nebenwirkungen hinweisen. Und dann hätten beide gemeinsam zu entscheiden, ob die chemische Substanz für diesen Patienten in seiner aktuellen Situation nützlich ist.

„Da kann ich absolut mitgehen, ja." Auch Gerhard Gründer glaubt inzwischen, dass die Psychiatrie grundlegend umdenken muss. Bei der Therapie, konsequenterweise aber auch bei der Entwicklung und Bewertung neuer Wirkstoffe. Es gebe derzeit einige Versuche, die psychiatrische Pharma-Forschung wieder zu stärken. Zum Beispiel hätten die Europäische

Union und die Europäische Föderation der Pharmaindustrie jeweils 1 Milliarde Euro in das Projekt NewMeds gesteckt. Akademische und industrielle Forscher sollten hier so früh wie möglich miteinander kooperieren.

„Das ist ja alles sehr lobenswert. Aber das geht nicht weit genug, das ist mir noch zu simpel", so Gründer. Neue Pharmastudien müssten stattdessen ihr Vorgehen ändern und sich endlich an dem orientieren, was Lebensqualität bringt. Gute Psychiater tun dies schon heute in ihrer Praxis.

Ganz ohne Medikamente geht es manchmal nicht

„Wir probieren aus. Wir wissen, der Patient hat schon mal auf ein bestimmtes Medikament in gewisser Weise angesprochen, hat ein bestimmtes metabolisches Profil, da muss ich auf ein bestimmtes Medikament verzichten oder auf eine bestimmte Gruppe. Oder der hat sexuelle Nebenwirkungen, da muss ich auf bestimmte Medikamente verzichten. In der Klinik kann ich so ein bisschen zumindest das Therapiemaß schneidern auf meinen individuellen Patienten. Das geht in einer Doppelblindstudie alles verloren und dann kommt am Ende immer raus: Alle Medikamente sind gleich."

Gerhard Gründer hat kürzlich gemeinsam mit anderen deutschen Psychiatern eine Pionierstudie mit verändertem Design durchgeführt. Es zeigte sich: Gemessen an der Lebensqualität wirkten die atypischen Antipsychotika signifikant besser als die der ersten Generation. Gründer ist überzeugt: Es gibt sie, die hilfreichen Wirkstoffe, mit vertretbaren Nebenwirkungen, man müsse bei der Suche nur andere Fragen stellen. Auch die Konzepte der Pharmaforschung müssten sich weiterentwickeln. Denn ganz ohne Medikamente gehe es bei den schweren Fällen nicht.

„Wenn Sie mal einen akut psychotischen Patienten gesehen haben, der maximal gequält ist durch sein paranoides Erleben, und wenn Sie mal erlebt haben, wie ein solcher Patient innerhalb von Tagen diese Beschwerden verliert und wieder Zugang zur Realität bekommt, das ist enorm. Und da will man nicht drauf verzichten."

Tagung schafft Annäherung zwischen den Fronten

Wird es möglich sein, doch noch bessere Medikamente herzustellen, die auf einzelne Patientengruppen zugeschnitten sind und zur Verfügung stehen, wenn sie wirklich gebraucht werden? Joanna Moncrieff ist skeptisch: „Für mich ist das ein fundamentales Missverständnis des Gehirns und der chemischen Substanzen, wenn man glaubt, mit ihnen Schizophrenie oder Depression jemals mit minimalen Nebenwirkungen behandeln zu können."

Vorläufige Bilanz des Krisendialogs: Wenn es um die Grenzen heutiger Psychopharmaka geht, gibt es Annäherungen zwischen den Fronten. Wie es aber weitergehen soll – darüber hat die Auseinandersetzung gerade erst begonnen.

„Ich habe schon das Gefühl, dass es mich stützt, aber am liebsten würde ich auch ganz darauf verzichten wollen." Rene Behrmann ist heute 36 Jahre alt, Vater, liiert. In der Hamburger Psychiatrie-Ambulanz arbeitet er als Genesungsbegleiter. Nach wie vor greift er auf Medikamente zurück, wenn ein neuer psychotischer Schub auf ihn zukommt.

„Ich bin auch niedrig eingestellt, die Psychopharmaka sind für mich auch eine Belastung aus dem Grunde, weil ich schon wissen will auf der einen Seite, was passiert mit mir, wenn ich out of space bin , sag ich jetzt einmal. Und auf der anderen Seite will ich hier sein und

am Leben teilhaben … Und da muss ich jetzt natürlich abwägen für mich: Wie kann ich mein out of space in mein Leben so integrieren, dass ich ohne Medikamente im Grunde damit zurechtkomme? Und das ist für mich mein Ziel.“